

Н.А. Жанталинова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра хирургии Алматинского государственного института усовершенствования врачей
(Алмата, Казахстан)

Целью исследования явилось обоснование хирургической тактики у больных пожилого и старческого возраста с осложненным течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 59, женщин – 35 в возрасте от 61 до 83 лет. Сопутствующая патология отмечена у 72,3 % пациентов. В структуре осложнений у 47,9 % больных имело место кровотечение различной степени тяжести, у 21,3 % – сочетанные осложнения, у 15,9 % – перфорация язвы, у 8,5 % – пенетрация, у 6,4 % – стеноз выходного отдела желудка. Из общего числа пациентов у 21 (22,3 %) установлены язвы диаметром от 2,0 до 6,5 см. Эти язвы в основном явились причиной сочетанных осложнений. Резекция желудка выполнена в 67 % случаях, органосохраняющие операции – в 9,6 %, паллиативные – в 23,4 %. Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (10,6 %) пациентов, при этом у 4 из них после паллиативных операций. Умерло 7 больных, что составило 7,4 % летальности.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвы у пожилых, лечение

SURGERY OF COMPLICATED FORMS OF STOMACH AND DUODENUM ULCER IN PATIENTS OF ELDER AND SENILE AGE

N.A. Zhantalinova

Almata State Institute of Physicians' Training, Almata, Kazakhstan

The objective of our investigation was confirming surgical tactics in patients of elder and senile age with complicated course of stomach and duodenum ulcer. The 59 men and 35 women ranged in age from 61 to 83 years. Concomitant pathology was registered in 72,3 % of patients had bleeding of different degree of severity, 21,3 % – combined complications, 15,9 % – perforation of ulcer, 8,5 % – penetration, 6,4 % – stenosis of exit portion. Out of total number of patients ulcers in diameter from 2,0 to 6,5 sm were revealed in 21 (22,3 %) ones. These ulcers resulted in combined complications. Stomach resection was performed in 6,7 % of cases, organopreserving operations in 9,6 %, palliative ones in 23,4 %. Postoperation complications were observed in 11 (11,7 %) patients besides in 4 ones after palliative operations. 7 patients died. It accounted 7,4 % of lethality.

Key words: ulcer of stomach and duodenum in patients of elder and senile age, treatment

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является широко распространенным заболеванием во всем мире. Приводимые статистические исследования свидетельствуют, что в экономически развитых странах около 10 – 15 % населения болеют язвами желудка и ДПК. При этом отмечается тенденция к росту заболеваемости населения за последние годы. Так, в США 5 % населения страдают гастродуоденальными язвами и ежегодно от осложнений данного заболевания умирают 15000 больных. В России ЯБЖ и ДПК в настоящее время являются одними из распространенных заболеваний, на диспансерном учете находится около 3 млн. больных. Несмотря на разработанные стандарты медикаментозной коррекции язвенной болезни (ЯБ), от последствий неадекватного лечения этой патологии умирают около 6000 человек в год [1].

Применение современных методов медикаментозного лечения ЯБЖ и ДПК не снижает частоту развития осложнений, а лишь отодвигает их на старший возраст пациентов [6]. Проблема усугубляется тем, что у лиц старше 65 лет чаще наблюдаются осложненные формы заболевания. Кроме того, больные данной категории в большинстве случаев имеют в анамнезе сопутствующую патологию, что усугубляет их состояние, в связи с чем эти пациенты представляют особо сложную группу в плане диагностики и тактики хирургической коррекции.

Хотя частота заболеваемости среди мужчин сохраняется высокой, в последнее время имеется рост заболеваемости и среди женщин. Настораживает тот факт, что имеется тенденция к увеличению числа больных среди подростков, а также лиц пожилого и старческого возраста, которые представляют особую группу [8].

Удельный вес контингента больных пожилого и старческого возраста с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) за последнее время значительно возрос и колеблется от 21,1 до 44 %, на что указывают ряд авторов [5, 4]. По данным зарубежных авторов эта цифра достигает 83 % [9]. Общая летальность среди этих пациентов с ГДК остается высокой и достигает 30 – 40 % [2, 3, 9]. Это обусловлено

наличием фоновых заболеваний, усугубляющих их состояние и повышающих риск оперативного вмешательства, что в свою очередь приведет к диагностическим и тактическим ошибкам [7].

Необходимо отметить, что у больных пожилого и старческого возраста наиболее часто возникает рецидив кровотечения, на фоне прогрессирующей гиповолемии и гипоксии смешанного генеза. Выполненная операция на высоте кровотечения при рецидиве еще более усугубляет риск оперативного вмешательства и ухудшает результаты лечения.

ЦЕЛЬ

Обосновать хирургическую тактику при осложненном течении ЯБЖ и ДПК у больных пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы непосредственные результаты хирургического лечения 94 больных с ЯБЖ и ДПК старше 60 лет (табл. 1). Возраст больных был от 61 до 83 лет. Среди пациентов мужчин было 59 (62,7 %), женщин – 35 (37,2 %). Необходимо отметить, что в этой возрастной группе женщин было больше, чем в группе больных моложе 60 лет.

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст больных (лет)			
	61–65	66–70	71–75	77 и более
мужчины	30	11	10	8
женщины	13	12	7	3
Всего	43	23	17	11

Сопутствующая патология отмечена у 68 (72,3 %) больных. Из сопутствующей патологии у 53,2 % больных отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС с нарушением ритма, постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия), 8,5 % – хронические заболевания легких и бронхов, 5,3 % – заболевания печени и желчевыводящих путей, 4,2 % – сахарный диабет, 3,2 % – заболевания мочеполовой системы, 2,1 % – неврологические заболевания.

Все больные поступили в клинику в порядке экстренной госпитализации, при этом 17,4 % больных были госпитализированы с заболеваниями желчевыводящих путей и поджелудочной железы. В дальнейшем у этой группы больных при тщательном обследовании выявлена язвенная болезнь.

В исследуемой группе язвенный анамнез при поступлении отмечен у 71 (75,5 %) больного, из них с заболеванием длительностью до 5 лет – 28 человек, до 10 лет – 18, до 15 лет – 11, до 20 лет – 14 пациентов (табл. 2). У 23 пациентов язвенный анамнез отсутствовал. Наибольшее число больных госпитализировано через сутки и более, что составило 77,7 % (73). До 24 часов госпитализировано лишь 22,3 % (21) пациентов.

Таблица 2
Распределение больных по длительности течения заболевания

Длительность заболевания (лет)	Количество больных	
	абс.	%
1–5	28	29,8
6–10	18	19,1
11–15	11	11,7
16–20	14	14,9
отсутствие анамнеза	23	24,5
Всего	94	100

Диагностика основывалась на данных эндоскопического исследования, которая была проведена 79 больным. Рентгенологическое исследование выполнено 23 пациентам: 8 – рентгеноскопия желудка и 15 – обзорная рентгенография брюшной полости.

Из общего числа больных (94) локализация язвы в желудке выявлена у 33 (35,1 %), в двенадцатиперстной кишке – у 55 (58,5 %) и у 6 (6,4 %) пациентов имело место сочетание ЯБЖ и ДПК. Из анамнеза установлено, что 8 пациентов ранее перенесли операции по поводу осложнений ЯБ (ушивание перфоративной язвы – 5, гастродуоденотомия с прошиванием и иссечением язвы – 3).

Из 94 больных 45 (47,9 %) поступили с клиникой гастродуоденального кровотечения различной степени тяжести. При этом на основании клинико-лабораторных данных у 25 пациентов установлена тяжелая степень кровотечения, у 11 – средняя, у 9 – легкая. В этой группе больных в 17 (37,8 %) случаях найдено сочетание осложнений: кровотечение и стеноз выходного отдела желудка; кровотечение и пенетрация; кровотечение, пенетрация и стеноз (табл. 3).

Таблица 3
Распределение больных по осложнениям заболевания

Виды осложнений	Количество больных	
	абс.	%
кровотечение	45	47,9
перфорация	15	15,9
пенетрация	8	8,5
стеноз	6	6,4
сочетанные	20	21,3
Всего	94	100

С перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдались 15 (15,9 %) больных. Из этого числа в трех случаях имело место сочетание осложнений: в одном – перфорация и стеноз; в двух – перфорация и пенетрация в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку. У трех больных выявлены «зеркальные» язвы ДПК.

Всего отмечены сочетанные осложнения, т.е. наличие двух и более осложнений у одного больного, у 20 (21,3 %) пациентов. При этом пенетрация чаще всего сочеталась с кровотечением. Пенетрация язв без сочетания с другими осложнениями установлена у 8 больных, что составило 8,5 %.

Со стенозом выходного отдела желудка было 6 (6,4 %) больных. В 4 случаях установлена декомпенсированная и субкомпенсированная стадия стеноза, что было обусловлено ранее перенесенной операцией по поводу перфорации. Больные с декомпенсированной стадией стеноза нуждались в проведении медикаментозной коррекции ввиду тяжелых нарушений гомеостаза. Этой группе больных проводилась тщательная предоперационная подготовка.

Большое количество сочетанных осложнений (20) было обусловлено выявленными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Из числа оперированных у 21 (22,3 %) установлены язвы диаметром от 2,0 до 6,5 см: в 13 (61,9 %) случаях отмечена локализация таких язв в желудке, в 8 (38,1 %) — в двенадцатиперстной кишке (ДПК). Эти язвы отличались не только размерами, но и обширным воспалительным инфильтратом вокруг. При локализации их в ДПК имела место выраженная деформация ее стенок за счет обширного воспалительного инфильтрата, что явилось причиной нарушения проходимости. В этих случаях чаще отмечался не рубцовый стеноз привратника, а стеноз, обусловленный воспалительным инфильтратом и деформацией стенок органа в этой зоне. Кроме того, в месте пенетрации язвы отмечалась полная деструкция задней стенки ДПК по периметру.

По экстренным показаниям оперированы 56,4 % больных. В эту группу вошли больные с признаками продолжающегося кровотечения, кровотечением тяжелой степени, рецидивом кровотечения и с перфоративными язвами. Остальные пациенты оперированы в отсроченном и плановом порядке в 28,7 % и 14,9 %, соответственно.

Резекция желудка была выполнена в 63 (67 %) случаях. Из них: в 39,7 % — по Бильрот-1, в 57,1 % — по Бильрот-2. В 2 (3,2 %) случаях ввиду низкой локализации дуоденальной язвы (залуковичной) была выполнена резекция желудка на выключение.

Органосохраняющие операции выполнены у 9 (9,6 %) больных. При прободной язве ДПК у 7 пациентов произведено иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду и стволовая ваготомия, у двух — иссечение язвы передней стенки луковицы и прошивание заднестеночной язвы в сочетании со стволовой ваготомией и пилоропластикой.

Паллиативные виды оперативных вмешательств выполнены 22 (23,4 %) больным. В этой группе наибольшее число больных было с перфоративной язвой (18), им было произведено ушивание ввиду тяжелого состояния больных, обусловленного интоксикацией на фоне распространенного перитонита. Кроме того, двум из 20 больных произведено прошивание язвы с перевязкой ле-

вой желудочной артерии, двум — наложение обходного гастроэнтероанастомоза.

Одним из сложных этапов операции при гигантских язвах с пенетрацией в поджелудочную железу явилось ушивание культи ДПК. Технические сложности при этом были обусловлены выраженной рубцовой деформацией тканей в пилородуоденальной зоне. Во всех этих случаях производили мобилизацию ДПК по Кохеру с рассечением спаек в области гепатодуоденальной связки, а заднюю стенку ДПК приходилось выделять на открытой культе ввиду ее полной деструкции за счет язвенного процесса. Зачастую при этом на головке поджелудочной железы оставался участок в виде кратера с подрытыми краями. После выделения задней стенки ДПК рубцово-измененные ткани по краю культи иссекали и после чего ушивали культю узловыми швами.

Из 94 оперированных больных у 10 (10,6 %) наблюдались послеоперационные осложнения: несостоятельность культи ДПК (2), несостоятельность ушитой язвы (1), панкреонекроз (1), рецидив кровотечения после прошивания язвы (3), гнойно-воспалительные (3). Из этого числа в 4 случаях осложнения развились после паллиативных оперативных вмешательств (несостоятельность ушитой язвы и рецидив кровотечения после прошивания), что составило 18,2 %. После резекции желудка в 3 (4,8 %) случаях отмечены осложнения: несостоятельность швов культи ДПК (2), панкреонекроз (1). После выполненных органосохраняющих видов операций осложнений не отмечено. Умерло 7 больных, что составило 7,4 % летальности. Причиной смерти в 1 случае явился перитонит вследствие несостоятельности швов культи ДПК, в 1 — панкреонекроз, в 2 — рецидив кровотечения и в 3 — острая сердечно-сосудистая недостаточность, развившаяся на фоне ИБС с нарушением ритма.

ВЫВОДЫ

Таким образом, больные пожилого и старческого возраста с осложненным течением ЯБЖ и ДПК представляют особо тяжелую категорию, как в плане диагностики, так и в выборе хирургической тактики. Выбор хирургической тактики и объема оперативного вмешательства был обусловлен, прежде всего, осложненным течением заболевания: сочетание нескольких осложнений (21,3 %), наличие гигантских язв (22,3 %), ранее перенесенные операции по поводу осложнений ЯБ (8,5 %) и наличие одновременно ЯБЖ и ДПК (6,4 %). Применение паллиативных видов операций у данной категории больных явилось вынужденной мерой ввиду тяжелого состояния больных, что усугублялось наличием сопутствующей патологии. Результаты их неутешительны, так как имело место развитие тяжелых осложнений в раннем послеоперационном периоде, что отразилось на исходе заболевания. Послеоперационные осложнения и летальность у больных пожилого и старческого возраста были несколько выше (на 2 %), чем среди больных до 60

лет. Но среди пациентов, перенесших резекцию желудка, количество послеоперационных осложнений было почти одинаковым.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко. — 3-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Сотис, 1997. — 515 с.
2. Курыгин А.А. Острые кровотечения пищеварительного тракта: Метод. пособие. — СПб.: ВмедА, 1998. — С. 22–26.
3. Особенность лечебной тактики у больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями / А.С. Ермолов, Н.С. Утешев, Л.Ф. Тверитнева, П.П. Голиков // Науч. конф. «Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита»: Тез. докл. — СПб., 1995. — С. 45–46.
4. Поташов Л.В. некоторые особенности течения хирургических заболеваний у пожилых и стариков / Л.В. Поташов // Врачебные ведомости. — 1998. — № 1. — С. 68–70.
5. Роль неотложной фиброэндоскопии в диагностике и лечении острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений / Ю.М. Панцырев, В.И. Сидоренко, Е.Д. Федоров и др. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. — 1995. — № 3. — С. 201.
6. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / Г.А. Булгаков, В.Я. Дивилин, А.А. Страдымов и др. // Хирургия. — 2002. — № 11. — С. 24–26.
7. Шугаев А.И. лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста / А.И. Шугаев, А.С. Агитшев // Вестник хирургии. — 2000. — Т. 160. — № 3. — С. 114–118.
8. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 376 с.
9. Garter R. Randomized trial of adrenaline injection and laser photocoagulation in the control of haemorrhage from peptic ulcer / R. Garter, S.R. Anderson // Brit. J. Surg. — 1994. — Vol. 81, N 6. — P. 869–871.